

東洋大学学術情報リポジトリ Toyo University Repository for Academic Resources

地域医療における医療機関の役割と組織マネジメントに関する一考察

著者	峯 哲
雑誌名	現代社会研究
号	13
ページ	219-226
発行年	2015
URL	http://id.nii.ac.jp/1060/00007902/

地域医療における医療機関の役割と組織マネジメントに関する一考察

峯 哲

わが国の医療事業は、社会において不可欠であり極めて高い公共性を有している。しかし、医療事業は、地域住民・患者・医療機関側・行政体などの医療事業に関わるステークホルダー（利害関係人）同士の情報の非対称性によって、地域の医療提供を非効率なものとし、本来とは異なった方向で公益性を低下させている。この医療事業の公益性を回復するには、ステークホルダー間の相互理解を基盤とした地域全体で医療を提供する組織と経営（マネジメント）が必要である。地域医療を推進するためには、第1に、「コミュニティ・ビジネスの成功へのビジネスモデル」と「学習する組織」とを基盤とし、ステークホルダー同士が共通のビジョンを持ち、情報を相互に共有できる組織構造を地域で形成することが必要である。第2に、ステークホルダー同士の「協調と協働」を基盤として、互いに積極的に交流・協議を行い、地域医療計画を策定することが要請される。本稿では、この二点を中心課題として考察するものである。

keywords : 「地域医療計画」「医療事業の公益性」「地域完結型医療体制」
「コミュニティ・ビジネスの成功へのビジネスモデル」「学習する組織」

目 次

1. 本研究の目的と手法
2. わが国の医療事業の現状および事業における各種制度
 - 2.1 医療事業の現状
 - 2.2 医療における関連法規
 - 2.3 医療における関連制度
 - 2.4 医療計画における医療圏の概要
3. 医療事業における公益性の概念
 - 3.1 公益事業の概念
 - 3.2 公益事業の定義と医療事業の位置づけ
4. 地域医療計画策定の先行研究
5. 地域医療計画における問題点と改善策点
 - 5.1 地域医療計画における問題点
 - 5.2 地域医療計画における改善点
6. 今後の展望

1. 本研究の目的と手法

わが国の医療事業は、社会において不可欠であり極めて高い公共性を構築している。一例として、国民が一定のコストを負担し国から認可を受けた医療機関において受診すれば、一定の医療サービスを享受できる医療提供体制があげられる。一方で、事業を行う医療機関を保護しているため、医療機関の経営は、ある程度の収益性が見込める診

療科目を優先して患者側に提示し、患者が他の医療機関で医療を享受しないようにする、自医療機関単独で医療提供を完結する体制となった。

わが国の医療提供の主流は、開設主体を医療法人とした医療機関である。この組織は、医師を頂点とした職能部制組織と共に医療行為の提供に特化したライン組織の形態である。この形態は、医師に医療行為の機能や運営上の権限を過度に与えることにもなり、責任者の行動によっては経営が機能不全に陥ることが考えられ、医療機関を経営する組織とはなっていない。また、医療事業は、少子高齢化、国民の疾病構造の変化、社会経済状況の低迷、国民医療費の増加による国家財政への圧迫などにより、提供する医療の品質を落とさず、経営資源を有効に活用し、持続的な組織運営には困難が伴うことが想定され、全体として医療事業の公益性やその継続が揺らいでいる。

このため、①医療事業の公益性と医療機関の非営利性を堅持する、②医療機関を中心とした医療提供から患者中心の医療提供を進める、地域完結型医療体制の構築が求められ、第5次医療法改正の際に当該地域の実情を把握して医療計画を策定するよう法制化された。

これにより地域医療は、当該地域の医療関係者や患者・地域住民のニーズをより緻密に反映させた計画を策定し、実施後はPDCAサイクルによる検証と計画の改定がなされるようになった。そのため、患者・地域住民・医療機関・行政などといった地域医療に係わるステークホルダー同士の関係にも着目し、ステークホルダー間における情報の非対称性を抑制するシステムを構築することが望まれる。

本研究は、医療事業における概念と各種制度について、今までの国等の議論や文献・資料などを収集・整理し、それらを丹念に分析・検討することに主眼を置いた定性的な手法を用いて、現状分析を行うことを目的としている。そして、この環境において地域医療に係わるステークホルダー間の連携を進め、医療の公共性を維持しつつ地域医療を向上させるには、どのような組織マネジメントが必要なのかについて課題を明らかにし、その

解決策を理論的に解明しようと試みたものである。

2. わが国の医療事業の現状および事業における各種制度

先ず、病院、診療所の実態把握については、医療施設調査、病院報告などで示される統計情報で考察する。また、医療事業の基盤と各種制度とで実情を考察する。ここでは、①医療法、②医薬品医療機器等法、③健康保険法および国民健康保険法をあげる。そして基本方針と医療計画、医療法人制度などを考察することとする。

2.1 医療事業の現状

わが国の医療機関の開設主体は多岐にわたる。表1は、医療事業の中核である医療機関を開設時

表1 医療機関における開設者の分類

	大分類	小分類
公的及び 準公的	国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、 その他(国の機関) ※ 独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構は、 各々の法律により医療法の適用については国とみなされている。
	公的医療機関	都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、 国民健康保険団体連合会
	社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、 共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
私的	医療法人	医療法人
	個人	個人
	その他	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

出典) 厚生労働省 HP「医療施設調査」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html>

表2 開設者別の国民医療費推移

			単位) 兆円	
区分			平成24年度	平成25年度
医科	病院	大学	2.50	2.59
		公的	7.56	7.61
		法人	10.29	10.52
		個人	0.25	0.23
	診療所		8.40	8.40
医科総計			29.00	29.35
歯科	病院	0.14	0.14	
	診療所	2.56	2.58	
歯科総計			2.70	2.72
保険薬局			6.64	7.04
総計			38.34	39.11

出典) 厚生労働省 HP「医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html>

表3 開設者別医療機関数の推移

	平成24年	平成25年
病院	施設数	
国	274	273
公的医療機関	1252	1242
社会保険関係団体	118	115
医療法人	5709	5722
個人	348	320
その他	864	868
病院総数	8565	8540
一般診療所	施設数	
国	586	573
公的医療機関	3626	3591
社会保険関係団体	558	545
医療法人	37706	38544
個人	45645	45006
その他	12031	12269
一般診療所総数	100152	100528

出典) 厚生労働省 HP「医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html>

の出資主体別に分類したものである。社団法人日本病院会は、医療法に準拠し、公的あるいは準公的、その他を私的に区分している。

表2は、国民医療費の年度推移を開設者別に示したものである。医科診療所の医療費が横ばいなのに対して、医科病院の医療費は増加傾向にある。医療資源の効率的活用を考慮するならば、今後の医療機関配置は、医療機関の機能や専門性で区分し、地域での医療機関連携を重視する必要がある。表3は、開設者別に病院および一般診療所の総数を示したものである。施設規模を考慮せずに見ると、そのうち公的医療機関が2割、私的病院が8割となっており、私的医療機関は、わが国の医療提供体制に大きな役割を担っている。

2.2 医療における関連法規

医療事業の公益性を考える際、医療法・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下医薬品医療機器法）・健康保険法および国民健康保険法は、基盤となる法令である。以下に概要を記す。

第1は、医療法である。医療法は、わが国の医療提供体制の基本となる法律である。内容は、国が行う医療事業の定義と目的、医療事業の業務範囲、医療の安全性確保のため必要な条項、基本方針および医療計画を定めた条項、医療事業を行う医療提供施設の定義、施設運営と管理を目的とした医療法人の設立条項などを定めている。

第2は、医薬品医療機器法である。これは、平成25年11月に改正された旧薬事法であり、その目的は大きく2つある。先ず医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品などを規制対象物として、これらの運用と品質・有効性・安全性を確保することである。次に医療上必要性の高い医薬品及び医療機器の研究開発の促進措置や規制を講ずることで、保健衛生の向上を図ることである。

最後は、健康保険法および国民健康保険法である。健康保険法は、わが国の医療保険制度の基本である。健康保険法は、国民の健康維持の立場から経済的負担を軽減し、質の高い医療サービスを享受できるよう医療費用の保障を行うことを基本

理念としている。そのため、国民健康保険法は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障および国民保険の向上に寄与することを目的としている。これら二法により、わが国の国民皆保険制度は成り立っている。

わが国の医療提供体制は、この健康保険法および国民健康保険法を前提にして、財政的基盤を整備して医療サービス提供における公平性の確保し、医療法・医薬品医療機器法等で財・サービスの品質を推進している。これは、医療を「公益的」な事業であると認識させる一例と考えられる。

2.3 医療における関連制度

わが国の医療提供体制は、医療サービス提供における公平性を確保するために、医療法・医薬品医療機器法等・健康保険法および国民健康保険法などを基にして、基本方針、医療計画、医療法人などの関連制度を整備している。以下に概要を記す。

第1は、基本方針である。わが国は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るため、厚生労働大臣に「基本方針」を定めるよう規定している。この基本方針には、医療連携に係る医療機関の関する情報提供推進の基本的な事項、医療計画の作成に関する基本的な事項などを定めている。また、基本方針において、医療は、「我が国社会の重要かつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。」として、医療の公益性についても示している。

第2の医療計画は、疾病や医療需要の構造、医療技術の進歩など国民意識とともに医療を取り巻く環境が激変するなか、国の基本方針に即して地域の実情に応じた、各都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画である¹。また、医療資源の地域偏在を是正、医療機関間の連携など地域全体で切れ目のない医療が提供される体制の構築するため、当該地域の実情と特性に応じて医療計画を作成することで、無秩序な病院病床の増加を抑制し、地域医療のシステム化を進め、医療費の適正化を図っている。そして、医療需要の変化に対応できる地域完結型の医療提供体制を構築

することを目的として、平成27年4月に医療介護総合確保促進法²の地域医療構想（ビジョン）が施行された。

これは、地域医療構想（ビジョン）および医療計画策定の際に、医療提供者の他、都道府県・市町村の行政関係者、保険者、患者・住民代表など地域医療に係わるステークホルダーを積極的に参画させ、その意見を反映させて計画を策定し、PDCAサイクルを適切に運用して、医療計画の実効性を高めるよう定めている。

第3は、医療法人制度である。医療法人制度は、民法上の法人制度に準拠し、設立には都道府県知事の認可が必要である。医療法人制度は、①医療事業の経営体に対して法人格を与えて経営資源の集積を容易し、運営の透明性を確保すること、②医療事業の経営体が、提供する医療の品質の維持・向上と供給量の安定を図ることを目的としている。

2.4 医療計画における医療圏の概要

医療計画は、地域ごとに人口、交通整備、医療資源などの実情が異なることから、各都道府県が地域の実態に即した計画を策定し、医療施設間相互の連携、医療機能の分化を適切に進めて、医療資源の効率的活用をして地域全体で切れ目のない医療提供体制の構築を目的としている。

医療提供体制は、一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏の3つの段階で整理され、一次から三次の医療圏の範囲と分担する医療機関数によって、ピラミッド型に描かれる階層型体制となっている。

まず、一次医療圏とは、日常受診の範囲内をいい、主に診療所（開業医）が担当する。

二次医療圏は、「日常受診を超えた大部分の治療がそこで完結する圏域」であり、各都道府県に定められた複数の地域をさす。二次医療圏は、地域の病院が担当している³。特に、二次医療圏の設定は、地域医療の中核となる計画項目である。しかし、その設定には困難なケースもある。一例として、地域の人口規模によって当該医療圏全体の患者の受療動向⁴が変化し、医療提供体制の構築に大きな影響を与えることがあげられる。この

ため、医療計画策定指針は、都道府県に、一定の人口規模や一定の患者の流入・流出割合を基準とし、二次医療圏の区域として医療体制が成立していない場合は、当該都道府県で医療圏の見直しを行うよう定めている。

三次医療圏は、医育機関や特定の疾病に対応する高次の病院が担当する医療圏で、都道府県単位となる⁵。

3. 医療事業における公益性の概念

公益事業の概念を把握する際に、公益事業に関する規制などの特徴を明らかにすることは重要であろう。本研究では、先行研究から公益事業の概念を論じ、公益事業の定義と医療事業の位置づけから医療事業における公益性について考察してみたい。

3.1 公益事業の概念

公益事業規制は、経済的規制と社会的規制に区分され、政府が国民や企業の経済活動に加える各種制約のことである。規制を加える要因には、自然独占、外部性、情報の不完全性などによって生じる「市場の失敗」の補整、幼稚産業の育成、過当競争の防止などが挙げられる。

公的機関が主体となっていく社会資本の整備は、公益事業の代表的な例としてあげられる。社会資本整備によって提供される財・サービスの多くは、生活必需性は高いが収益性は低い、公共性が高い性質を有している。社会資本整備によって提供される財・サービスは、ユニバーサル・サービスとも呼ばれ、その特徴として4つの要素がある。第1は、地理的制約を受けないことである。第2は、利用可能な料金である。第3は、サービスが均質なことである。最後は、差別的取り扱いのない料金である。そして、公益事業のステータスを構成する要素として4点が挙げられる。第1は、サービスの必需性である。第2は、工業技術ネットワーク設備駆使によるサービス供給である。第3は、自然独占性である。第4は、公益事業の経済的規制があげられる。また、社会資本整備を行う際の資金は、租税や公債に加え、財政投

融資、公的企業の借入金、公的企業の受益者負担などから調達されている。

3.2 公益事業の定義と医療事業の位置づけ

表4は、参入・退出規制、料金規制、サービスの質などと医療事業の各種制度とを対比させたものである。その結果、医療事業において、このような規制を設けているのは、限られた数の医療機関に一定の規模の経済を保証していることが考えられる。つまり、需要に対応できる供給力を持っている限り、病院の新規設立は許可されることはない。これは公益事業の地域独占に近似している。

また、独占的供給が部分的に認められているため、超過利潤が発生しないように、患者が支払う医療費などに公定価格を設定して規制が行われている。これは、同業施設との競争に必要な以上に経営資源を傾ける必要がなく、医療事業全体が公共性・公益性に目を向けることにつながる。

野村宗訓（1996）が、先行研究において明示した社会資本整備の各資金調達にあてはめると、公費は租税に、保険料は財政投融资、患者負担は公的企業の受益者負担分に近似している。これは医療事業が、社会資本整備と同等の性質を持つ事業と考えられる。これらのことは山谷修作（2005）が、先行研究において明示した、公益事業に対する規制根拠に合致しており、医療事業における各制度は、公益事業規制に近似した性質を持っていると考察される。

医療事業のサービスは、生命に直接関わることもあり、継続的な供給が必要となる。また、サービスの内容は、極めて専門的で医療機関が提供する財・サービスと患者との間に「情報の非対称性」が常に存在している。その補正などの観点から、医療法などや関連制度によって法的規制が行われている。この規制によって、患者側がサービスの内容を理解できなくても、行政側がサービス内容の審査とサービス価格とを定めることで、医療事業のサービスが保証され「情報の非対称性」を補正している。これにより医療事業の競争は、同一市場（地域）に複数の医療機関が存在したとしても、サービス内容による価格差はなく、ある程度抑制されることになる。この医療事業での競争抑制は、地域医療における独占の確保と一定の供給義務を課すことにある。それを示すものとして、医療事業における参入・退出規制と医療計画による需給調整とが一例としてあげられる。

まず、医療事業での参入規制には、医療提供施設の開設制度がある。一方、退出規制は、医療法において医療提供施設の休止や廃止を定めており、医療法人の解散にあっては、都道府県知事の認可を受けなければならない。これは、医療法人に対して、一定の提供義務が存在していること示している。次に、医療計画による需給調整である。医療計画は、地域の事情に応じ病床数を基準として、策定されている。病床数は、病院や有床診療所などの医療提供施設数に関連している。この医

表4 医療事業における規制内容と根拠法

規制等	規制内容(抜粋)	根拠法および関連法
参入規制	医療機関の開設(許可・届出制、制限有)	医療法第7条および8条
	医療法人の設立(許可制、要件有)	(医療法第44条、54条等)
	地域参入(需給調整審査、制限有)	基本方針(医療法第30条の3) 医療計画(医療法第30条の4) 医療計画への協力(医療法第30条の7) 開設許可の制限(医療法第7条の2)
退出規制	病院等の休止・廃止(届出制)	医療法第8条の2および9条
	医療法人の解散(許可制および届出制)	医療法55条
料金規制	公定価格(診療報酬制度)	健康保険法第74条および76条第2項 国民健康保険法第45条 社会保険医療協議会法第2条等
サービスの質	施設の基準・法定人数	医療法21条
	施設運営等の報告の徴収および立入検査の規定	医療法25条
サービスの均質性	目的および理念	医療法第1条および医療法第1条の2
	国および公共団体の義務	医療法第1条の3
供給義務	基本方針および医療計画	医療法第30条の3および医療法第30条の4
	病院の定義	医療法第1条の5
	医療法人の業務	医療法第42条の2
	医師等の責務	医療法第1条の4
	医療従事者の責務	例) 広召義務(医師法第19条)
財政と財務	公費(国及び地方公共団体の負担金等)	健康保険法第74条および76条第2項
	財政投融资(保険料)および受益者負担分(患者支払分)	国民健康保険法第45条

資料)筆者作成。

療計画は、地域ごとに医療事業が行うサービスに格差が生じないように、利用者保護のための受給調整をするとともに、医療費の抑制という側面がある。そして、この需給調整は、設置されている医療提供施設の地域における医療サービスの独占を認めることで、医療機関経営の安定性と公益性の向上を図っている。

公益事業が提供するサービスは、日常生活に必要不可欠であり、事業の経営活動を休止や廃止、解散をした場合、サービス利用者側は多大な損失を被る。また、良質で安全なサービスの供給が確保できるように、設備状況の報告や検査制度を規定し、公益性が阻害されないよう図っている。これは、医療事業においても同様と考えられる。

4. 地域医療計画策定の先行研究

次に、地域医療計画の策定に関する先行研究をレビューすることとする。ここでは、計画策定プロセスや計画策定環境などの観点から、地域医療計画の策定の際の問題点を考察する。

厚生労働省(2008)は、「各都道府県の新たな医療計画にかかる調査研究」を実施し、各都道府県の地域医療計画を整理・分析することで、計画策定で生じる地域差について検証しており、計画策定の構成員や構成人数についても考察している。

調査研究では、構成員数の地域差はあるが、構成員の多数は自治体の長・病院管理者・医療技術者団体の代表者・保険者側などで占めており、地域によって大きく異なるものではないとしている。また地域住民や患者などが直接的に計画策定に係る場合は、総じて少数としている。一方で、医療政策分野は、個人によってニーズの幅が広く、情報量の差が大きい、地域住民・患者からの意見徴収は容易なことではないことも指摘している。

間宮陽介(1994)は、都市形成プロセスの観点から都市計画における地域住民の役割について考察している。間宮は、都市形成という大規模な計画の正否には、その地域に居住する住民の判定が必須だが、判定する情報が不足しているとしている。

そのため、計画策定側は計画実施後、地域住民が受ける正の影響・負の影響や計画の目的や手段に関する偏りのない情報を開示し、計画の際に住民と計画策定側との対話を計画プロセスの核にしなければ、真の住民参加はありえず、計画実施の後も地域での調整が停滞すると指摘している。

伊関友伸(2015)は、医療福祉分野における地方分権の観点から考察している。伊関は「保健医療福祉政策に関し、政策機能と権限を完全に分離させることは現実的ではない」として、原理的な地方分権は国と地方自治体とで政策責任の利害対立を発生させる可能性について言及している。そのため計画策定の際には、ステークホルダー間の「協議の場」が重要とされ、協議は「データをもとにした徹底した議論」と「住民・患者に情報をわかりやすく公開され、必要に応じ議論に参加すること」として、地域住民の計画策定への参加についても指摘している。

大坪浩一(2009)は、これまでの二次医療圏の評価に関する研究から、地域医療計画策定の問題点を整理している。大坪は、医療圏を「地域住民の日常生活圏を基本として設定する」としており、二次医療圏の評価に日常生活行動指標が考慮されず、患者受療動向調査結果と現行の二次医療圏とが一致しているかどうかの分析のみで行われている点を問題視している。

また大坪は、計画策定の条件として、①計画の基盤となる医療圏を科学的に決定すること、②医療圏のなかで医療資源が不足している地域に効果的に医療資源を投入すること、の2点をあげている。

浜田淳(2015)は、岡山大学の地域医計画策定への関わりを事例として、計画策定における地方大学の役割と地域医療体制の構築について考察している。浜田は、地方大学の役割として、①策定に必要なデータ分析およびデータの活用方法をステークホルダー達に指導すること、②当該地域の医療ビジョン策定などの際に、地域のコーディネーター役になること、の2点をあげている。

浜田は、地域医療体制の構築には、この2点を踏まえ可視化されたデータを共有しつつ、医療機関・行政側はもとより、地域住民・患者が策定の

議論に参加する責任があると指摘している。

宇沢弘文（2010）は、安定した医療提供体制を構築するにあたり、医療提供を産業としてではなく、社会的共通資本として捉えている。宇沢は、社会的共通資本の形態として、①自然環境、②社会的インフラストラクチャー、③制度資本の3つの類型を取り上げ、医療は制度資本として区分し、社会的共通資本の管理運営には「市場的基準もしくは官僚的基準」によって決められるべきではなく、「市民的自由が最大限確保できるような、ゆたかな社会を形成するという視点にたって行うべき」、と指摘している。

5.地域医療計画における問題点と改善点

ここでは、前述の医療事業における制度および公益性と地域医療計画に関わる先行研究を参考にしつつ、地域医療計画における問題点を考察する。そして、その改善点について提起することとする。

5.1地域医療計画における問題点

わが国の医療事業の計画である地域医療計画は、医療サービスを実施・提供する側の意見に偏重した医療情報を基にして策定されることで、極めて高い専門性と閉鎖性を有している。また地域医療計画は、当該地域の全ての住民を事業の対象とする性質上、享受するサービスを画一的にし、全ての地域住民の意見やニーズを把握し事業に反映させようとするため、計画策定の規模は大きくなる。

この地域医療計画の専門化や大規模化などによって、当該地域の住民や患者は、地域の医療事業や医療計画に関わる情報を収集・分析することが困難となり、行政側から提示された地域医療計画の正否を判定する基準をも失いつつある。そして、医療事業のステークホルダーの間に情報の非対称性を存在させ、地域医療全体としての医療サービスは総じて非効率的となり、医療事業の公益性も阻害しているのが現状である。

この計画策定のプロセスの問題点として、①情報が地域住民や患者に理解されやすいように開示されていないこと、②情報の開示が乏しいため地域住民や患者は、計画内容の収集・分析が困難であること、③情報の収集・分析が不十分であるため、地域医療計画の判定できないこと、④計画の判定ができないため、地域医療計画策定の協議への参加も消極的となること、などがあげられる。また、協議への不参加は、地域医療計画策定側への情報のフィードバックを妨げるだけではなく、他のステークホルダーとの情報の共有化を低下させることにもなる。

5.2 地域医療計画における改善点

表5は、前述の先行研究を参考にしつつ、地域医療計画策定におけるステークホルダー間の対立点を示したものである。この地域医療計画策定におけるステークホルダー間の対立を軽減しつつ、医療事業の公益性を維持するには、大きく2点が重要と考えられる。第1の改善点は、医療事業に係わるステークホルダーの間での相互理解を進め

表5 医療事業におけるステークホルダー間の対立

	患者	地域住民	医療機関	行政
患者	個々の疾病や症状の度合いが異なるので、評価基準の統一が困難となる。	潜在的ニーズのため、本来必要とされていない医療サービスを要求する可能性がある。	情報の非対称性が高いため、評価に関係なく、一方的にサービスを提供する。	サービス享受側の評価に関係なく、計画を策定する。
地域住民	発病後の評価と発病前の潜在的ニーズとで差異が生じる。	地域住民同士で要求するニーズが対立する。	自医療機関で完結する医療を提供するため、潜在的ニーズを考慮しない。	潜在的ニーズを把握することが困難となる。
医療機関	患者により評価基準が一定ではない。 医療機関を跨いだ、継続した同一の医療サービスを提供するのが困難となる。	潜在的ニーズを基準とし、サービスの提供を受けずに評価するため偏りが生じる。	医療機関同士で得意とする医療サービスが競合した時、医療機関の連携を妨げる。	医療機関の事情に関係なく計画に則って、医療機関を監督・制御する。
行政	評価にバラツキがあるため、地域医療策定の際に意見を反映するのが困難となる。	潜在的ニーズは幅が広く、サービス拡大のみを要求するため、計画策定の際、計画の縮小ができない。	策定した計画とは異なるサービスが提供される可能性がある。	地域によって計画に整合性やズレが生じる。 国と自治体とで計画にズレが生じる。

資料)筆者作成。

て、情報の非対称性を抑えることである。これには石井晴夫（2008）の提示した「コミュニティ・ビジネスの成功へのビジネスモデルが応用されよう。石井は、公益事業における公民連携の観点から、保健・福祉などの分野において地域資源を活用し、地域ニーズに対応したサービスを提供する手法として「コミュニティ・ビジネス」に着目している。医療事業を公益事業と捉えたと改善点は、概ね3点に集約される。①ステークホルダーの間で自由に議論できる場を設けること、②ステークホルダーの間で互いに機能・能力・問題点・要求点などを明確にすること、③ステークホルダーの間で取り上げた情報を共有化し、常に閲覧可能な体制を構築することである。

第2の改善点は、ステークホルダーの間の協調・協働体制を構築して地域医療計画を策定することである。これには、樋口徹（2014）の示した「学習する組織⁶」が応用されよう。樋口は、「学習する組織」を基に、組織の最重要課題の1つとして、個の集合を優れた集団へと変革させることをあげている。地域医療のステークホルダーを個の集団として捉え、改善策は、概ね3点に集約される。①ステークホルダーは、事業の大目標を定めて、目標達成のため「協調と協働」を推進すること、②ステークホルダーは、「協調と協働」で得られた情報を共有化し、共通点・対立点を見出すこと、③ステークホルダーは、共有された情報をもとに互いの検証を進め、理解を深めることである。

以上、2点の改善策により、医療事業に関わるステークホルダーの間での相互理解を深化し、地域医療計画の実効性が推進するものと考察される。

6.今後の展望

最後に地域医療計画について述べると、現行の地域医療計画は、計画の実行と検証というPDCAサイクルの基本構造を備えているが、情報の非対称性を抑え、協調・協働体制へと成長する構造には至っていない。これからの医療事業において公益性や公共性を取り戻し、積極的な「地域完結型医療」の経営へと発展させるためには、地域全体

で「協調と協働」を基盤として、積極的に交流・協議を行い、地域医療計画を策定することが重要である。以上を本稿では提起するものであるが、現状の地域医療提供体制の実例をあげ、現行制度の問題点や解釈の相違点を確認し、さらなる研究上の深度化も必要である。

注

- 1 計画の記載事項には、①4疾病・5事業、②医療安全の確保、③医療機能に関する情報提供の推進、④二次医療圏・三次医療圏の設定、⑥基準病床数などがある。
- 2 医療介護総合促進法は、病床機能報告制度、関係者による協議の場の設定、地域包括ケアシステムの構築、新たな財政支援制度としての基金創設、都道府県知事の権限の強化などを定めている
- 3 二次医療圏は、都道府県合計で344医療圏ある（2015年4月）。
- 4 患者や地域住民が、どのように医療を享受するかの動き。場所や所要時間、症状などの状況で変化する。
- 5 三次医療圏は、都府県ごとに1医療圏あり、北海道のみ6医療圏ある。都道府県合計で52医療圏ある（2015年4月）。
- 6 樋口（2014）は、「学習する組織」を特徴づける能力として、①志、②内省と対話、③概念化の3点をあげている。石井晴夫、樋口徹（2014）『組織マネジメント入門』中央経済社 77-79頁。

参考文献

- 1 石井晴夫、金井昭典、石田直美（2008）『公民連携の経営学』中央経済社
- 2 石井晴夫、樋口徹（2014）『組織マネジメント入門』中央経済社
- 3 伊関友伸（2015）「行政計画としての地域医療構想（ビジョン）」『病院第74巻第3号』、医学書院
- 4 宇沢弘文、鴨下重彦編（2010）『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会
- 5 大坪浩一（2009）「地域医療計画研究の動向と地域的課題」『地球環境研究』vol11 立正大学環境科学研究所、213-225頁。
- 6 公益事業学会編（2005）『日本の公益事業 変革への挑戦 第3版』白桃書房
- 7 村上正泰（2013）『日本の医療政策と地域医療システム』第2版 日本医療企画
- 8 浜田淳（2015）「地域医療構想（ビジョン）・地域包括ケアと大学人の役割」『病院74巻3号』医学書院
- 9 間宮陽介（1994）「都市の形成」宇沢弘文 茂木愛一郎編『社会的共通資本 コモンズと都市』東京大学出版